

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928 - 1929 - N° 92

CONSIDÉRATIONS SUR LA TORSION DU PÉDICULE DES KYSTES PAROVARIENS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

DUBUIS Daniel

né le 5 Décembre 1903, à Lyon

Ex-Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1929

**CONSIDÉRATIONS SUR LA TORSION
DU PÉDICULE
DES KYSTES PAROVARIENS**

CONSIDÉRATIONS SUR LA TORSION DU PÉDICULE DES KYSTES PAROVARIENS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

DUBUIS Daniel

né le 5 Décembre 1903, à Lyon

Ex-Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen.....	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique.....	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie.....	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Anatomie topographique	MM. THEVENOT Léon.
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT
TRILLAT	BONNET	CHALIER (André)	DEVIC
SARVONAT	RHENTER	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE
FLORENCE (G.)	MAZEL	NOEL	MANCEAU
ROCHAIX	SANTY	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
CORDIER (V.)		DUMAS	ROCHET (Ph.)
			WERTHEIMER
			GATÉ

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VILLARD, Président ; M. PATEL, Assesseur ;

MM. ROCHET et WERTHEIMER, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Au terme de mes études médicales, j'apporte ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect à mes maîtres.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD
Président de mon Jury de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR GIGNOUX
qui m'inspira cet ouvrage.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUBIER

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

MONSIEUR LE DOCTEUR GARIN

MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

MONSIEUR LE DOCTEUR NORDMAN

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR VIANNEY

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRENOT.

INTRODUCTION

La torsion des kystes parovariens est aujourd'hui bien connue. De nombreux travaux ont été écrits sur cette question. Mais, outre l'intérêt de rapporter trois observations inédites, d'une affection rare, nous avons pensé qu'il y avait place encore pour quelques considérations à propos de ces tumeurs.

Nous désirons surtout insister sur l'évolution anatomique. Après un court historique, nous montrerons comment les kystes parovariens à l'origine inclus dans le ligament large, peuvent étirer celui-ci en un pédicule mince qui leur permet de se tordre.

Nous examinerons ensuite l'anatomie pathologique de ces kystes et signalerons le problème que pose la bénignité habituelle de leur torsion. Celle-là se trouvant d'ailleurs en défaut dans les trois cas rapportés par nous.

Nous exposerons ensuite quelques considérations d'ordre pathogénique, puis d'ordre clinique, et nous terminerons par nos trois observations inédites. L'une d'elles fut recueillie dans le service du Professeur Villard, auquel nous apportons ici l'insuffisante expression de notre respect et de notre reconnaissance. Les deux autres sont dues à la bienveillance du Docteur Gignoux, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, qui nous inspira cet ouvrage.

HISTORIQUE

Les kystes parovariens furent décrits en premier par Velpeau, en 1825, Verneuil 1852, Raimondi 1897.

Pendant longtemps la possibilité de la torsion de ces kystes, *inclus dans le ligament large*, ne fut pas admise.

Lawson-Tait le premier, en 1879, rapporte dans le « *Lancet* », le cas d'une femme âgée de 43 ans, ayant un kyste tordu trois fois, qui était indépendant de l'ovaire.

Vanverts, en 1905, aborde le problème de la gravité de cette torsion.

En 1906, Rioms, dans sa thèse (Bordeaux), en réunit trente observations.

En 1909, Deniker publie une étude générale sur les tumeurs du ligament large, dans laquelle il étudie la question et discute les conditions nécessaires pour rendre possible la torsion d'un kyste parovarien.

En 1920, paraît à Montpellier la thèse d'Agostini, en 1925 paraît à Lyon celle de Pansu. Chacun rapporte une observation personnelle.

Enfin, en 1927, dans « *Clinique et gynécologie* », Mallet-Guy et Tillier, à la suite d'un cas personnel, décrivent quatre formes cliniques, suivant la gravité. Ils résument les 127 observations parues jusqu'à eux et les font entrer dans leurs cadres. C'est le dernier travail d'ensemble paru sur la question. Depuis, il ne fut publié que quelques observations isolées.

CHAPITRE PREMIER

Evolution anatomique

Rappel anatomique. — Les kystes parovariens se développent aux dépens des débris embryonnaires du corps de Wolf. Ces débris, au nombre de deux, persistent, le premier sous le nom de corps de Rosenmüller, ou epoophore de Waldeyer, le deuxième sous le nom de parophore de Waldeyer.

Ils sont tous deux côte à côte, compris entre les deux feuillets du mesosalpinx, dans la portion externe et par conséquent mobile de celui-ci.

Evolution anatomique des kystes parovariens en général. — Le développement d'un kyste, au niveau des débris du corps de Wolf, va pouvoir donner lieu à deux évolutions.

Pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons par la suite (kyste développé bas dans le meso-salpinx, absence de plasticité de celui-ci) le kyste va, dans un premier cas décoller les deux feuillets péritoneaux du ligament large sans étirer celui-ci, et l'on obtiendra ainsi des kystes inclus sans pediculisation. Ou bien même, le décollement des deux feuillets étant com-

plet et le kyste gagnant la paroi pelvienne, on obtiendra les kystes retro-peritoneaux de Pozzi.

Ces kystes n'entrent pas dans notre étude.

Par contre, pour des raisons inverses (kystes développés haut, plasticité du ligament large), on verra des kystes se localiser à la partie supérieure la plus mobile du meso-salpinx. Ce sont ces kystes qui, dans certaines conditions, se tordront.

Evolution anatomique des kystes tordus. — Dès leur origine, ces kystes vont s'accoler à la partie ampullaire de la trompe et se trouvent ainsi fixés par le meso-salpinx. Celui-ci est parfois suffisamment lâche pour permettre une torsion des annexes saines. Le kyste se trouve donc relativement mobile. Mais il va grossir et il est nécessaire, pour que sa mobilité reste la même, qu'il étire les feuillets péritonéaux du ligament large en se formant ainsi un meso qui lui est propre.

Ce meso n'est pas d'emblée susceptible de se tordre. L'accroissement de volume et les premiers déplacements du kyste vont lui faire subir des tractions qui l'étireront et l'aminciront, le transformant peu à peu en un pédicule.

Lorsque ce pédicule est formé, la portion isthmique de la trompe qui occupe le bord supérieur du ligament large a été distendue. Elle est souple et flexueuse. Elle peut s'accoler aux ligaments infundibulo-pelvien et infundibulo-ovarien qui ont, comme elle, été allongés. Ainsi tout le meso-salpinx étiré et les organes qu'il contient forment un pédicule à la masse tumorale.

La torsion est alors possible. Parfois elle donne, de suite, la nécrose du kyste par étranglement serré du pédicule. Le plus souvent, celui-ci est encore trop large et trop court ; ses éléments tendus résistent. Après une phase de congestion, la circulation kystique se rétablit : on a assisté à une crise de torsion guérie spontanément. Mais d'autres crises vont survenir, qui iront en s'aggravant, jusqu'à ce que la striction pédiculaire ne permette plus le rétablissement de la circulation. Alors apparaîtra la nécrose de la masse tordue et ses conséquences, qui sont : et l'hémorragie intra-péritonéale (cas de Vergnory in Pansu) ; et la péritonite et la mort (cas de Deréra, la seule observation où le kyste entraîne la mort sans qu'il y ait eu intervention au préalable, celle-ci ayant été refusée).

Pour être complet, il nous faut, avant de terminer ce chapitre, parler des formes anatomiques plus rares des kystes parovariens.

Dans la première de ces formes, l'ovaire fait corps avec la tumeur. Au cours de son développement, le kyste a décollé l'aileron postérieur, retrouvant ainsi l'ovaire et s'accolant avec lui. La partie, étirée en pédicule, du ligament large, n'est plus alors la base du meso salpinx, mais une région située au dessous, plus large et plus fixe. On comprend donc que dans ces cas, la torsion soit rare. Nous n'avons, en effet, retrouvé que douze observations rentrant dans ce cadre.

Nous signalerons aussi l'existence possible de kystes refoulant un seul feuillet péritonéal en bourse, et ainsi se développant indépendamment de l'ovaire et de la trompe, donc n'entraînant pas ceux-ci dans leur

torsion. Brindel rapporta, en 1894, le cas d'un gros kyste parovarien indépendant de la trompe et de l'ovaire avec un long pédicule tordu sur lui-même. Mais il est possible que l'auteur ait seulement voulu signaler l'indépendance d'origine du kyste par rapport aux annexes, sans faire savoir si celles-ci n'étaient pas tordues. Il n'existe à notre connaissance aucune observation qui rapporte un cas semblable d'une façon nette. Par ailleurs, l'existence en paraît difficile.

Quant à la forme anatomique, décrite par Fazeuilles, dans laquelle le kyste, se développant dans l'aïleron postérieur, va s'accoler à l'ovaire en laissant la trompe libre, nous pensons que l'existence en est douteuse et que la torsion, sans participation tubaire, n'en est pas réalisable.

CHAPITRE II

Anatomie - pathologique

Les kystes parovariens tordus apparaissent sous la forme d'une masse arrondie de volume variable. Leur contenu est liquide ; leur paroi lisse est peu tendue.

Le plus souvent, les lésions nécrotiques sont faibles. Mallet Guy et Tillier rapportent 76 cas sur 127, où les troubles hémorragiques étaient sensiblement nuls, le contenu du kyste restant clair.

Dans ces cas, la tumeur apparaît bleutée, plutôt fluctuante que renittente, étant donné son faible degré de tension. Son contenu est limpide.

Par contre, dans de nombreux cas, et en particulier dans nos trois observations, la paroi kystique a subi des infiltrations hémorragiques. Elle se présente avec des taches violettes, parfois elle prend par place un aspect franchement nécrotique. On a même noté sa rupture (Thaddeus A. Reamy). Le contenu varie alors selon la gravité. Tantôt il s'agit simplement d'un liquide hémorragique, tantôt on a un contenu épais brun chocolat, avec des caillots organisés sur les parois, indiquant des crises de torsion antérieures.

Le volume des kystes tordus varie beaucoup. Dans notre Observation II il est égal à celui d'une manda-

rine, dans nos deux autres Observations, il est égal à celui d'une tête d'enfant. Dans le cas de Cortiguera, la contenance était de 12 litres, dans celui de Peyer elle était de 14 litres.

Le pédicule du kyste est formé par la partie isthmique de la trompe et par la base du meso-salpinx. Il est en général court. Mais dans certains cas il peut atteindre 5 centimètres (Fossati). On a noté une fois sa section spontanée (Edelbols).

La trompe, dans sa région interne, est étirée et flexueuse. Elle forme la partie la plus importante du pédicule. Au contraire sa région externe (ampoule et pavillon) est aplatie et accolée au kyste avec lequel parfois elle a contracté des adhérences. La trompe est toujours très allongée, on l'a vue atteindre 21 et 25 centimètres (Coën) et même 28 centimètres (Goldberg). Sa muqueuse est infiltrée, ecchymotique, surtout au niveau de la torsion. Si cette dernière est serrée, on peut voir une nécrose de la région isthmique, pouvant donner une hémorragie intra-péritoneale (Vernory in Pansu).

L'ovaire est beaucoup plus rarement intéressé. Nous n'avons retrouvé que huit observations où il était tordu : Lawson-Tait — Boiffin — Brossin — Binand et Chavannaz — Lucas, Championnière et Filhoulaud — Mériel — Edelbols — Tourneux et Lagarde. Dans ces cas, on le trouve énorme, ecchymotique, subissant une nécrose rapide. Dans l'observation de Lawson-Tait (1886), il était dix fois plus gros qu'à l'ordinaire.

A l'ouverture de l'abdomen, on peut noter un peu d'ascite sanglante (Obs. inédite II) ou, cas très rares,

une hémorragie intra-péritonéale due à la trompe (Vergnory in Pansu), ou enfin une hémorragie due à la rupture de la paroi kystique (Thaddeus A. Reamy) — Peraire). En général, il n'y a pas d'adhérence ou des adhérences lâches (Obs. II et Obs. III), mais on peut voir des adhérences beaucoup plus importantes (Obs. I) au péritoine pariétal, à l'utérus, à l'épiploon, à l'intestin. Notons l'adhérence possible de ces kystes à l'uretère (cas de Peraire).

Tous les auteurs ont insisté sur la bénignité de la torsion des kystes parovariens. Nous avons cité Mallet-Guy et Tillier qui, sur 127 observations, en trouvent 76 dans lesquelles les lésions sont sensiblement nulles. A ces 76 observation, il en faut ajouter 28 où les lésions sont faibles, ce qui fait un total de 104 cas sur 127 où la torsion fut bénigne. On a cherché à expliquer ce phénomène.

Olshausen a fait intervenir la détorsion, Begoin et Chavannaz le faible degré de vascularisation du pédicule, Begoin et Mériel le rétablissement de la circulation par adaptation des vaisseaux. Nous pensons, avec Bouilly, que la largeur du pédicule formé aux dépens de tout le meso-salpinx, s'oppose à une strangulation serrée. C'est ce que nous avons déjà exposé dans notre evolution anatomique. Mais, pour nous, la bénignité de cette affection est toute relative, car, au cours des premières crises de torsion, le pédicule est étiré et rétréci ; il devient ainsi susceptible d'un étranglement serré donnant la nécrose de la masse tordue.

CHAPITRE III

Etiologie et pathogénie

L'étiologie propre des kystes parovariens est parfaitement obscure. On les rencontre avec le maximum de fréquence pendant la vie génitale et surtout de 20 à 40 ans. On a incriminé l'infection pelvienne légère, celle-ci produisant une réaction dans les débris du corps de Wolf. Nous n'insisterons pas sur de pareils faits. La fréquence générale des couches, fausses couches et salpingites, chez la femme, ainsi que l'énorme rareté des kystes parovariens, montrent bien le peu d'importance que l'on peut attacher à de pareilles considérations.

En ce qui concerne la torsion elle-même, nous avons à considérer quelles sont les causes qui entrent en jeu.

Tout d'abord, notons sa rareté par rapport aux kystes du parovaire. Frangenheim, sur 101 interventions pour kystes du parovaire, ne trouve que 7 torsions. Lippert apporte une statistique, de 2 torsions sur 43 kystes. Cette rareté s'explique par le fait que ces kystes sont le plus souvent inclus dans le ligament large. Nous avons cependant pu réunir 138 observations de kystes parovariens tordus, y compris les trois nôtres.

Pour qu'il y ait torsion, il faut d'abord que le kyste

soit dans des conditions telles que celle-ci soit possible ; après quoi il faut l'intervention des facteurs propres à la torsion.

Les conditions sont réalisées lorsque le kyste est suffisamment gros et pédiculisé et lorsqu'il n'a pas contracté d'adhérences, ou qu'il n'a que des adhérences lâches.

Nous ne reviendrons pas sur la question de la pédiculisation, que nous traitâmes avec l'évolution anatomique. En ce qui concerne la grosseur, on peut penser qu'un kyste trop gros ne peut se tordre. Cependant on a vu un kyste de 14 litres tordu (Peyer). La limite inférieure est imprécise ; notre Observation II, où la taille de la tumeur est celle d'une mandarine, semble presque l'atteindre. Quant aux adhérences, elles ne peuvent empêcher la torsion, et même la favorisent, si elles sont contractées en un seul point (avec la paroi antérieure dans notre Observation I) ou si elles sont contractées avec un organe très mobile.

Le kyste étant ainsi libéré, pourquoi va-t-il se tordre ?

Il se tordra presque toujours au cours d'un déplacement. Dans nos Observations I et III, il est trouvé contre la paroi antérieure. Dans notre Observation II il est prolabé dans le Douglas. Dans le cas de Sutcliffe il s'agissait d'un kyste droit émigré à gauche.

Il est probable que la cause de la torsion est le déplacement du kyste, lui-même conditionné par les déplacements des viscères et surtout de l'intestin. En effet, on note très souvent la première crise douloureuse, après un effort tendant la paroi abdominale.

Dans le cas de Lucas-Championnière et Filhoulaud, c'est à la suite d'efforts de défécation que la malade commença à souffrir ; dans celui de Lund c'est en se penchant en avant ; dans celui de Thaddeus A. Reamy c'est en s'habillant. Ou bien encore, c'est au cours d'une grossesse ou de l'évolution d'un fibrome, qui modifient l'équilibre du petit bassin : Zacharias, Georgius, O. Retz, Ferrari, Harman, Michel et Guibal, Begoin et Fieux, Chaput in Baron.

Toutes les conditions précédentes : efforts, grossesses, fibromes, tendent au même but, qui est de déplacer le kyste. Comme nous l'avons déjà dit, c'est sans doute du déplacement que dépend la torsion.

CHAPITRE IV

Etude clinique

De nombreux diagnostics ont été faits en face de kystes parovariens tordus. Celui de kyste de l'ovaire tordu est le plus fréquent. C'est celui qui fut porté dans nos trois observations.

Mais on a fait, aussi, le diagnostic de grossesse tubaire rompue (Vernory in Pansu), de kyste hydatique (Chaput), d'appendicite (Sutcliffe, Thaddeus A. Reamy), de salpingite (Schauta) et même le diagnostic de kyste du parovaire tordu (Fieux et Chavannaz).

Nous pensons que le diagnostic exact ne peut être porté que si l'on connaît l'existence antérieure d'une tumeur kystique du ligament large, comme dans le cas cité par Lawson-Tait.

La torsion d'un kyste parovarien donne sensiblement les mêmes signes que celle d'un kyste ovarien : crise douloureuse à début brusque, accompagnée de phénomènes sympathiques, pouls rapide, pâleur, vomissements. Dans les cas graves, qui sont rares, on peut avoir une hémorragie intra-péritoneale, une péritonite avec occlusion (Fieux et Chavannaz). C'est donc surtout avec la torsion des kystes de l'ovaire que

l'on doit chercher à établir un diagnostic différentiel. Celui-ci est toujours très difficile. Les symptômes sur lesquels il s'appuie sont inconstants et infidèles.

La torsion des kystes parovariens donne lieu en général à un tableau clinique peu dramatique : 104 cas sur 127, sont bénins dans la statistique de Mallet-Guy et Tillier. On a rarement un état syncopal très marqué et beaucoup plus rarement encore des signes péritonéaux intenses. Notons cependant que ceux-ci peuvent se voir.

Beaucoup plus souvent que dans les kystes ovariens, où le fait est rare, on trouve dans les anamnestiques des crises de torsion antérieures assez éloignées et qui ont été en s'aggravant. Sur 53 observations rapportant les antécédents, nous avons trouvé 30 fois ces torsions antérieures. Dans nos trois observations, elles existent deux fois.

Nous n'insisterons pas sur le contenu du kyste, qui reste habituellement limpide et ne contient pas d'albumine. La ponction préopératoire n'est jamais pratiquée.

Au toucher, les kystes parovariens apparaissent comme très peu tendus, presque toujours la tumeur est dite « nettement fluctuante ».

Enfin et surtout, il nous semble que beaucoup plus que les kystes ovariens, les kystes du parovaire ont tendance à tomber en avant. Certes, un certain nombre sont signalés prolabés dans le Douglas (Obs. II), mais un grand nombre d'autres sont trouvés en avant de l'utérus.

Dans notre Observation III, la tumeur a refoulé l'utérus en arrière, elle simule une vessie pleine et l'on ne peut affirmer l'existence d'un kyste qu'après le catheterisme vésical.

Dans notre Observation I, la tumeur a des adhérences à la paroi antérieure sus-pubienne.

Citons encore :

Montaz : Masse sus-pubienne en avant de l'utérus, on élimine la possibilité d'une vessie par sondage ;

Herbeaux : Tumeur sus-pubienne sur la ligne médiane ;

De Rouville : Idem.

Sorel : Idem.

Fossati : 3 cas idem.

Derera : Tumeur nettement au-devant de l'utérus qu'elle refoule en arrière.

Mériel : Idem.

Elisabeth Cushman : Tumeur donnant l'impression d'un utérus de 4 mois, toucher impossible.

Quoi qu'il en soit, nous le répétons, le diagnostic est très difficile. Presque toujours on devra se contenter de celui de kyste de l'ovaire tordu, diagnostic par ailleurs suffisant puisqu'il pose l'indication opératoire adéquate.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement des kystes parovariens tordus est uniquement chirurgical. Il faut enlever le kyste et cela dès la première crise.

Il n'y a en général pas d'indication obligeant à intervenir d'urgence. Mais il n'y a pas, non plus, d'intérêt à temporiser. L'opération en pleine crise de torsion est bénigne. Sur le total des observations que nous avons réunies, nous ne notons que deux morts après intervention. L'un de ces décès est dû à une infection puerpérale préexistante (Begoïn et Fieux), l'autre est survenu chez une malade opérée « in extrémis » (Frelland Barbour). Ces deux cas eux-mêmes ne donneraient qu'un pourcentage de morts de 1.14 %.

En outre, plus l'opération est précoce, moins on aura de chance de trouver des adhérences gênantes, moins les lésions annexielles seront avancées et plus il sera facile de faire une opération conservatrice, au moins en ce qui concerne l'ovaire.

Il est une dernière raison beaucoup plus impérative en faveur de l'intervention immédiate, c'est l'absence-

de diagnostic précis, ou le diagnostic de kyste ovarien perdu.

La grossesse elle-même ne constitue pas une contre-indication à l'intervention. L'ablation du kyste ne provoquant habituellement pas la fausse couche ou l'accouchement prématuré (nous n'en avons pas retrouvé d'exemple dans la littérature). Ces deux éventualités seraient sans doute beaucoup plus à craindre si on s'abstenait.

Quelle est l'intervention de choix ?

Un seul cas fut opéré par voie vaginale. C'est celui rapporté par le Professeur Villard, en 1905. La malade guérit sans complications, ce procédé est donc valable pour des kystes prolapsés dans le Douglas.

La laparotomie a été employée dans tous les autres cas.

Faut-il faire une opération conservatrice ?

En ce qui concerne la trompe, les lésions ecchymotiques intenses de sa muqueuse l'interdisent toujours.

Pour l'ovaire, on se basera sur son état. Les opérations se partageant à peu près entre la castration unilatérale et la salpingectomie simple. Dans nos Observations I et III, l'ovaire, très apoplectique, fut enlevé, au contraire il apparaissait à peu près sain dans notre Obs. II, et fut conservé.

Nous avons déjà dit que les résultats opératoires sont excellents et que l'intervention est bénigne. Nous concluons donc en disant que toute crise de torsion d'un kyste du parovaire doit être opérée le plus tôt possible.

Observations inédites

OBSERVATION I

(recueillie dans le service du Professeur VILLARD)

P., 27 ans, entre à la Charité le 1^{er} mai 1929, pour des crises douloureuses abdominales droites, accompagnées de vomissements.

Cette jeune femme a eu deux enfants qui ont 3 et 1 an, pas de fausse couche. Depuis deux ans, elle a souffert en plusieurs fois de crises de coliques hépatiques. Elle est habituellement constipée. La menstruation est régulière.

Il y a deux ans, à l'occasion d'un examen général, un médecin découvrit un kyste de l'ovaire.

C'est fin décembre dernier qu'apparut la première crise douloureuse abdominale nettement distincte des crises de coliques hépatiques. Il y eut quelques vomissements, la température ne fut pas prise.

Depuis Décembre, plusieurs crises identiques eurent lieu.

La crise actuelle débuta le 27 avril, elle est beaucoup plus violente que les précédentes. On note de nombreux vomissements alimentaires et bilieux. Le pouls est rapide, la température à l'entrée est de 39°.

A l'examen, on note une masse sus-pubienne difficilement palpable étant donnée la douleur. Le Docteur Labry, Chef de Clinique du Professeur Villard, intervient le 1^{er} mai 1929, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu.

L.M.S.O. légèrement étendu au-dessus de l'ombilic. La masse adhère à la paroi antérieure et à l'épiploon. On libère ces adhérences. On découvre alors une masse noirâtre de la grosseur d'une tête d'enfant. C'est un kyste-

parovarien droit, apoplectique. Accouchement hors du ventre très délicat. Détorsion du pédicule qui est constituée par la trompe apoplectique et qui est tordu quatre fois dans le sens des aiguilles d'une montre. Castration unilatérale droite, les annexes gauches sont saines. Guérison.

OBSERVATION II

*(due à la bienveillance du Docteur GIGNOUX,
chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne)*

S... Simone, 16 ans, entre au pavillon d'urgence de Saint-Etienne, le 8 octobre 1927, à 20 heures. Elle présente un syndrome douloureux aigu de la fosse iliaque droite.

Les antécédents héréditaires et collatéraux sont sans intérêt.

Personnellement, aucune affection antérieure ; depuis l'âge de 13 ans, elle fut réglée régulièrement et sans douleur. Les dernières règles datent du 27 septembre 1927.

L'affection actuelle débuta le 4 octobre, par des douleurs abdominales accompagnées d'état nauséux sans vomissement. Pas d'arrêt des gaz, pas de fièvre. La douleur siégeant principalement dans la fosse iliaque droite, un médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite.

Le 8 octobre, à 20 heures, la malade est examinée par le docteur Gignoux.

L'état général est bon, la langue humide, la température 37°3, le pouls à 90 ; ni vomissement, ni arrêt des gaz.

Le ventre n'est pas ballonné, les flancs et la fosse iliaque droite sont souples et indolores. La palpation révèle de la douleur et perçoit de la contracture dans la région hypogastrique seulement.

Au toucher rectal, on sent dans le Douglas une masse arrondie, peu mobile, du volume d'une orange, douloureuse à la pression appuyée. L'examen général est négatif.

On pose le diagnostic de torsion d'un kyste dermoïde de l'ovaire et décide une intervention pour le lendemain matin.

Le 11 octobre, sous anesthésie générale à l'éther, le Docteur Gignoux pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il existe quelques cuillerées à soupe de liquide séro-hématique dans la cavité abdominale. On trouve une masse annexielle gauche prolabée dans le Douglas, d'où elle est facilement extraite, n'ayant que de très lâches adhérences avec la face postérieure de l'utérus. Section et ligature du pédicule que l'on enfouit. Appendicectomie complémentaire. — Guérison.

Il faut noter qu'au premier abord, on avait cru se trouver en face d'une torsion des annexes saines.

La pièce comprend un kyste de la grosseur d'une mandarine, de teinte violacée avec quelques plaques plus foncées. Le contenu est hématique. La trompe, dans sa portion ampullaire, est accolée à la masse tordue. Elle est aplatie, infiltrée, ecchymotique. Dans sa portion isthmique elle est très allongée, constituant avec le mesosalpinx un pédicule tordu trois fois sur lui-même.

L'ovaire, un peu congestionné, n'est pas intéressé par la torsion.

Du côté droit, les annexes sont saines.

L'examen histologique de la pièce fut pratiqué par le Docteur Devuns, dans les laboratoires de l'Hôpital Bellevue.

Trompe :

Isthme : présente une congestion intense, quadruplant au moins le calibre de tous les vaisseaux : musculuse, chorion, franges. Nulle part d'inflammation.

Franges du pavillon : congestion avec extravasats sanguins assez abondants dissociant le tissu cellulaire

sous-muqueux et la musculéuse. Il existe plusieurs amas importants de polynucléaire, réaction possible à l'hémorragie, pouvant tourner à la purulence si la lésion avait été laissée à elle-même.

Parois du kyste : sont formées d'une membrane conjonctive mince mais dont l'épaisseur est triplée ou quadruplée par une infiltration sanguine récente qui la dissèque fibre à fibre. Pas de signe d'inflammation. Dans l'épaisseur, un ou deux petits kystes glandulaires à cellules cylindriques qui sont les seuls éléments épithéliaux.

OBSERVATION III (Docteur GIGNOUX)

P.... Constance, 37 ans, entre le 19 janvier 1929 dans le service du Docteur Gignoux, pour une masse préutérine bombant à l'hypogastre, accompagnée de douleur aiguë.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux. Pas d'antécédent personnel. Toujours bien réglée, n'a pas eu d'enfants.

La malade dit avoir eu déjà en plusieurs fois, il y a 5 mois et il y a 3 mois, des crises douloureuses analogues à la présente, mais moins intenses et plus courtes, ayant guéri spontanément.

La crise actuelle débuta le 17 janvier, brusquement, par des douleurs très vives avec apparition d'une tuméfaction hypogastrique et de vomissements.

A l'examen : bon état général, pouls à 100, température à 37°4 le soir, vomissements bilieux, pas d'arrêt des gaz, épigastre et flancs non douloureux et souples.

On trouve une masse préutérine bombant à l'hypogastre, rénitente et douloureuse, qui pourrait être prise pour une vessie, si la malade n'avait été sondée. Au toucher vaginal, la masse apparaît assez mobile et indépendante de l'utérus. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu.

Le 19 janvier, sous anesthésie générale à l'éther, le Docteur Gignoux intervient :

L.M.S.O. ponction du kyste : 2 litres de liquide brunâtre. Il s'agit d'un kyste du meso-salpinx droit, indépendant de l'ovaire et tordu 3 fois sur lui-même. Le pédicule mince comprend la trompe. L'ovaire non intéressé par la torsion, est kystique. On pratique l'ablation du kyste, puis de l'ovaire.

Les annexes gauches sont saines. Il existe deux petits noyaux fibromateux de la grosseur d'une amande, sur la paroi utérine antérieure. Enfouissement du pédicule. Appendicectomie complémentaire, fermeture 4 plans.

La pièce, très infiltrée, ecchymotique dans toutes ses parties, est envoyée au laboratoire du Docteur Devuns, qui répond : étude histologique impossible.

L'intervention fut suivie de guérison. Le 6 février, la malade quittait le service.

CONCLUSIONS

La torsion des kystes parovariens est une éventualité rare ; nous n'avons pu en réunir que 138 observations.

Pour que cette torsion soit possible, il est nécessaire que le kyste se développe dans la partie haute du meso-salpinx, qu'il soit suffisamment volumineux et pédiculisé.

Le pédicule est le résultat des modifications que subit le ligament large. Le kyste, au cours de son développement étire les feuilletts péritonéaux, le ligament infundibulo-pelvien et la trompe. Il est nécessaire, pour qu'il puisse y avoir torsion serrée du pédicule, que la trompe très longue et flexueuse puisse se joindre au ligament infundibulo-pelvien, lui-même distendu.

La trompe est en effet toujours comprise dans la masse tordue, sa portion isthmique allongée faisant partie intégrante du pédicule.

L'ovaire est beaucoup plus rarement intéressé par la torsion.

Au point de vue clinique, la torsion des kystes parovariens ne se distingue pas de celle des kystes de l'ovaire.

Le traitement des kystes parovariens tordus est

uniquement chirurgical, la mortalité opératoire est faible : elle est de 1,14 % dans la totalité des cas.

Les lésions tubaires interdisent en général la conservation de la trompe. Habituellement, l'opération pratiquée consiste en l'ablation du kyste et de la trompe.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

VILLARD.

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Mai 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- AGOSTINI. — *Thèse*, Montpellier, 1920.
- AMAN. — *Munch med. Woch*, 1906.
- BARON. — *Thèse*, Paris, 1896.
- BARDZINSKI. . . *Monats. f. geb. u. gyn.* Bd. 20.
- BEGOIN ET FIEUX. — *Société gyn. obst.* Bordeaux, 1903.
- BEGOIN ET MASSÉ. — *Sté gyn. obst.*, Bordeaux, 1925.
- BENY. — *Hart Zent, f. gyn.*, 1901.
- BERK. — *Munch med. woch*, 1912.
- BERKELEY. — *The british med. Journal*, 1905.
- BINAND ET CHAVANNAZ. — *Sté gy. obst. ped.* Bordeaux, 1895.
- BOIFFIN. — *Ass. fr. pour avancement des Sciences*, Besançon, 418/1893.
- BOUILLY. — *In Baron thèse*, Paris, 1896.
- BRINDEL. — *Sté an. phys. patho.*, Bordeaux, 1894.
- BROSIN. — *Zent f. gyn.*, 1897, n. 7.
- BROTHERS. — *Journal obstetries*, 1905.
- CERNE. — *In Cœn*.
- CESTAN. — *Languedoc med.-chirurg.*, 1900, vol. VIII.
- CHAPUT. — *In Baron, Thèse*, Paris, 1896.
- CHAVANNAZ. — *Société de gyn. et obst.*, Bordeaux, 1903.
— *Bulletin Médical*, 1905.

- CHOQUART. — *Revue méd. Suisse Romande*, Lausanne, 1924.
- COEN. — (*L. C.*).
- CORTIGUERA. — *Medica de Salamenca*. — *Annales gyn. obst. pediatrie*, Madrid.
- CUSHIER. — *New-York pathol. sté*, 1884. — *Philadelphia méd. Times*, 1883-84, t. XIV, p. 288.
- DAINVILLE. — *Sté Anatom.*, Paris, 1903.
- DAMBRIN ET BERNARD BEIG. — *Bulletin Sté Obst. et Gyn.*, Paris 1926, XV, 5, 292.
- DEMOUS. — *In Thèse, Rioms*, Bordeaux, 1906.
- DENIKER. — *Thèse*, Paris 1909.
- DERERA. — *Zent f. gyn.*, 1906-17-478.
- DRANITZINE. — *Sté obst. gyn.*, Saint-Pétersbourg.
- EDELBOHLS. — *La Gynécologie*, 1902-518. — *Méd. record*, 1819-1901.
- EKLER. — *Monatsch, für geb. u gyn.*, 1913.
- ERGSTROM. — *Finska. Lakar. handligar*, Bd. XXXVII, n. 6, 1895.
- FABRICIUS. — *Gynalkol, Rundschau*, 1908.
- FAÛRE (J.-L.). — *In Mouchotte, Bulletin Sté Anatom.*, Paris 1902, LXXVII, 567.
- FAUWEL. — *Quart. méd. J. Sheffield*, 1893-94.
- FAZEUILLES. — *Thèse*, Bordeaux, 1925.
- FERRARI. — *Sté Obst. et Gyn.*, Alger, 1925.
- FIEUX ET CHAVANNAZ. — *Sté gyn. Obst.*, Bordeaux, 1904.
- FOSSATI. — *Annali di Obst. et Gin.*, 1908.
- FRAUGENHEIM. — *Diss. Erlangen*, 1903.

- FRELAND BARBOUR. — *J. Obst. et Gyn. of british emp.*, 1906.
- GOLDBERG. — *Monatsch f. geb. u gyn.*, 1902.
- GORGEUS. — *Mang. Dissert. Bonn*, 1912.
- HARTMANN. — *Annales gyn obst*, 1903 et 1905.
- HERBEAUX. — *J. des oc. méd.* Lille, 1899, n. 29, p. 91.
- JAMIN ET VIOLET. — *Lyon Méd.*, 1905.
- KOSSMAN. — *In Martin*.
- LACOUTURE. — *J. méd.*, Bordeaux, 5-1906.
- LACOUTURE ET FAVREAU. — *Bull. sté obst. gyn.* Paris, 1926
- LANCE. — *Presse méd.*, 1903-613.
- LAWSON-TAIT. — *The Lancet*, 1879-915. — *Traite maladies ovaires*, traduit par Olivier, Paris 1886.
- LEA. — *Tr. of the obst. Sté*, London, 1897.
- LEDIARD. — *Trans. of the pathological Sté of London*, 1886-353.
- LEFEVRE. — *La gynécologie*, 1912, p. 705.
- LEGUEU. — *Annales gyn. et obst.*, 1896.
- LENZI. — *Archiv. di obst. et gin.*, 1907.
- LIPPERT. — *Arch. J. gyn.*, vol. 74, 1905.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ET FILHOULAUD. — *Sté Anatomiq.*, 1904.
- LUND. . . *La gynécologie*, 1901, p. 70.
- MAJOR. — *The lancet*, 1903, 12.
- MALLET-GUY ET TILLIER. — *Gyn. et obst.*, 1927.
- MARTIN. — *Thèse*, 1912.
- MARTIN. — *Thèse*. Montpellier, 1919.

- MARTIN. — *In die Erkrankungen der Eierstöcke.*
- MÉRIEL. — *Toulouse méd.*, 1909, 209.
- MICHEL ET GUIBAL. — *Bulletin Sté obst. et gyn.*, Paris, 1928.
- MICHEL ET VERMELIN. — *Idem.*
- MITTERMAIER. — *Zent f. gyn.*, 1897.
- MONTAZ. — *Sté chir. et méd.*, Isère (*Dauphiné méd.*, 1892)
- MULLER. — *Sté méd.*, Belfort, 1928.
- NEUGEBAUER. — *Monatsch f. geb. u gyn.*, 1906.
- NEWMAN. — *Philadelephia méd. Times*, 1883-84.
- OPITZ. — *Monatsch geb. u gyn.*, 1906.
- ORTHMAN. — *Zent. f. gyn.*, 1902, 1.
- OTT. — *Sté obst. gyn. St-Pétersbourg*, 1893.
- PANSU. — *Thèse*, Lyon, 1925.
- PERAIRE. — *Sté internat. Hop.*, Paris, 1905.
- PERAIRE. — *Bulletin mémoire Sté Chirurgie*, Paris, 1928.
- PEYER. — *Monats f. geb. u. gyn.*, Bd XIV.
- PONCET ET VANVERTS. — *Nord médical*, Lille, 1908.
- RETZTAAFS. — *Monatsch, f. geb. u gyn.*, 1907, XXV.
- RIDER. — *The Lancet*, London, 1903.
- RINGARD — *Thèse*, Lille, 1919.
- RIOMS. — *Thèse*, Bordeaux, 1906.
- DE ROUVILLE. — *In Agostini, Thèse Montpellier*, 1920.
- SCHANTA. — *Zent f. gyn.*, 1906.
- SEITZ. — *Beitr. z. beb. u gyn.*, Bd XI, 1906.
- SHRADER. — *Deust. Méd. woch*, 1898.

SIKORA. — *Presse méd.*, 1903.

SOREL. — *R. méd. Normandie*, 1903.

SPENCER. — *Trans. of the obst. Sté of London*, 1900.

SUTCLIFFE. — *The Lancet*, 1906.

THADDEUS A. REAMY. — *Untchell méd. Sté*, 1891.

THORN. — *Festschr. f. d. gyn. Gesellsch. f. geb. u gyn.*
zu, Berlin, 1894.

TOURNEUX ET LAGARDE. — *Toulouse Méd.*, 1919.

VAN SWERINGEN. — *Fortwagne N. J. May*, 1905.

VANVERT. — *Ann. gyn. obst.*, 1905.

VERGNORY. — *In Pansu*.

VILLARD. — *Sté Chirurgie*, Lyon, 1905.

WIENER. — *Münch. Méd. woch*, 1906.

WISER. — *Diss Bonn*, 1895.

ZACHARIAS. — *Zent f. gyn.*, 1905, 468.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE	9
CHAPITRE PREMIER.	
Evolution anatomique	15
CHAPITRE II.	
Anatomie pathologique	15
CHAPITRE III.	
Etiologie et pathogénie	19
CHAPITRE IV.	
Etude Clinique	23
CHAPITRE V.	
Traitement	27
OBSERVATIONS INÉDITES	29
CONCLUSIONS	35
BIBLIOGRAPHIE	37





IMPRIMERIE
INTERSYNDICALE
..... LYONNAISE
46, Rue de l'Université

